Aus der chirurgischen Klinik der Universität Marburg.
Direktor: Prof. Dr. Läwen.

Über einen Fall von Ostitis fibrosa mit multipler Cystenbildung am Skelett.

Auszug aus der gleichbetitelten
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Philipps-Universität zu Marburg
von

Friedrich von der Kuhlen
approb. Arzt
aus Letmathe

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Dissertation von der Medizinischen Fakultät zu Marburg
angenommen am 28. Oktober 1922.

Referent: Prof. Dr. Läwen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einem an der chirurgischen Klinik der Universität Marburg im Jahre 1921 beobachteten Fall von Ostitis fibrosa mit multiplen Cysten am Skelett:

Es handelt sich um eine 38 jährige Frau. Ihre eigene Vorgeschichte aus der Kindheit und die Familienanamnese ergeben keine Besonderheiten. In der zweiten Hälfte der dritten Gravidität, Anfang 1917, bekommt Patientin heftige Schmerzen im linken Knie und in der linken Hüfte beim Gehen, die sich nach der Geburt allmählich verlieren, um bei der nächsten Schwangerschaft um so heftiger aufzutreten. Im Februar 1920 zuerst Konsultation, bei der Knochenerweichung festgestellt wurde. Im Laufe des Jahres weitere Verschlimmerung mit Verbiegung des linken Vorderarms. Nach Ausgleiten im Zimmer traten heftigste Schmerzen im rechten Oberschenkel auf, die das Gehen unmöglich machten. Da Osteomalacie angenommen wurde, wurde Patientin im Januar 1921 der Frauenklinik zu Marburg zur Röntgenkastration überwiesen. In der chirurgischen Klinik wurde auf Grund des Röntgenbefundes die Diagnose Ostitis fibrosa generalisata gestellt. Die Röntgenuntersuchung ergab: wabige Struktur der Rippen, Verbiegung des linken Radius mit Cystenbildung und starker Verdünnung der Corticalis. Rechter Humerus und rechte Handwurzel zeigen starke Atrophie. Hirtenstabförmige Knickung des rechten Femur mit völligem Schwund der Knochensubstanz an der Biegungsstelle, starker Verdünnung der Corticalis und vielkammeriger Cystenbildung. Anzeichen eines alten Knochenbruches liegen nicht vor. Linker Femur stark atrophisch, watteartige Knochenzeichnung, haselnussgrosse Cyste im oberen Drittel. Ebensolche Cyste in der linken Tibia. Einige Wochen nach wohlgelungener Schilddrüsenimplantation, — Diese wurde vorgenommen, da die Schilddrüse bei der Patientien nicht zu fühlen war — vor der bei recht vorsichtigem Umbetten eine Spontanfraktur

des linken Femur erfolgte, trat unter peritonitischen Erscheinungen der Exitus ein. Die Sektion ergab ausser den schon beschriebenen starken Knochenveränderungen als wichtigen Befund ein Adenom des linken unteren Epithelkörperchens und als direkte Todesursache eine diffuse Peritonitis infolge Pankreas-Fettgewebsnekrose.

Die von Recklinghausen so benannte Ostitis fibrosa ist ein chronisch-entzündlicher Prozess der Knochen, bei dem das Fettmark durch Wucherung des bindegewebigen Stromas verdrängt wird und ein gesteigerter Abbau der Knochensubstanz eintritt. Daneben wird kalkarme Knochensubstanz in geringem Masse neu gebildet. Das Fasermark proliferiert zu tumorartigen, riesenzellensarkomähnlichen Massen, die regressiv sich verändern und cystische Erweichungsherde darstellen.

Die Ostitis fibrosa, von der sich eine cirenmseripte und eine generalisierte Form unterscheiden lässt, kann sich über viele Jahre hin erstrecken. Ihr erster Beginn fällt gewöhnlich in das zweite Lebensjahrzehnt. Erste Anzeichen der Erkrankung sind Schmerzen, besonders in den Hüften und in den Beinen. Später kommt es infolge der veränderten Struktur und Festigkeit der Knochen zu Verbiegungen und zu Spontanfrakturen, besonders an den langen Röhrenknochen,

Die Differentialdiagnose zwischen Ostitis fibrosa und Osteomalacie ist nicht immer leicht. Bei Ostitis fibrosa treten die Verbiegungen zurück, bei Osteomalacie nehmen diese oft bizarre Formen an; bei Ostitis fibrosa fast immer Spontanfrakturen. Röntgenologisch findet man bei Osteomalacie einfache Knochenaufhellung, bei Ostitis fibrosa immer Cysten. Eine Kombination von Ostitis fibrosa mit nachfolgender Osteomalacie kommt vor, wie unser und der von Bramann 1887 veröffentlichte Fall zeigt.

Ueber die Entstehungsursache der Ostitis fibrosa finden sich drei Theorien: eine bakterielle Entstehung der Ostitis fibrosa erscheint nicht wahrscheinlich, da nie einwandfrei Bakterien gefunden wurden.

Eine traumatische Genese ist ebenfalls wenig glaubhaft, da ein normaler Knochen auf die meist geringen Traumen nicht erkrankt und Skelettteile erkranken, die von keinem

Trauma berührt sind. Endlich lassen sich ostitische Veränderungen, namentlich Cysten, im Experiment durch Traumen nicht hervorrufen.

Nach dem Stande unserer heutigen Erkenntnis ist ein Zusammenhang der Ostitis fibrosa mit Störungen der endokrinen Drüsen am wahrscheinlichsten. Dafür sprechen Dysfunktion der Ovarien, wie in unserem Fall, in dem bei einer 38 jährigen Frau ohne sonstige Ursachen die Menses sistieren. Askanazy, Maresch und Oskar Meyer weisen weiter auf Störungen in der Schilddrüsenfunktion hin, wie sie auch in unserem Fall anzunehmen sind, wo die Schilddrüse nicht palpabel war. Auf eine Erkrankung der Epithelkörperchen wird in der Literatur der Ostitis fibrosa häufiger hingewiesen. Es handelt sich bei diesen Veränderungen um einfache, gutartige Hyperplasien und Hypertrophie derselben, die von den Autoren als reine Arbeitshypertrophie aufgefasst wird. In unserem Fall fand sich ein Adenom des linken unteren Epithelkörperchens.

Hiernach verspricht in therapeutischer Hinsicht die Verordnung kombinierter Organpräparate den meisten Erfolg, sofern nicht symptomatische chirurgische Eingriffe (Druckentlastung bei Cysten) in Frage kommen.